

PREDICTORII DISPLAZIEI BRONHOPULMONARE LA COPIII PREMaturi

¹Mariana CEAHLĂU - medic pediatru-neonatalog,

¹Rodica SELEVESTRU - dr. șt. med., asist. univ.,

^{1,2}Aliona COTOMAN – student-doctorand, medic pediatru-pneumolog,

^{1,2}Svetlana ȘCIUCA - dr. hab. șt. med., prof. univ.,

¹Clinica universitară nr. 6 Pneumologie, Departamentul Pediatrie,
IP USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova;

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

tel.: +373 798 82 887; e-mail: ceahlau.mariana@inbox.ru

Rezumat

Au fost studiați factorii neonatali (termenul de gestație, masa la naștere, oxigenoterapia) ce pot conduce la dezvoltarea displaziei bronhopulmonare (DBP). Loturile de studiu de cohortă prospectiv și retrospectiv a 65 de copii internați în secția copii prematuri, IMSP IMC cu istoric pozitiv de naștere prematură și cu sindromul detresei respiratorii suportat neonatal au fost create utilizând clasificarea prematurilor. Studiul a stabilit că vârsta medie de gestație, greutatea la naștere și barotrauma cauzată de ventilația artificială pulmonară (VAP) pentru copiii născuți prematur constituie factori de risc în realizarea DBP.

Cuvinte-cheie: Displazie bronhopulmonară, predictorii, copii, prematuri.

Summary. Predictors of bronchopulmonary dysplasia in premature children.

Neonatal factors (gestational age, birth weight, oxygen therapy) that may lead to the development of bronchopulmonary dysplasia (BPD) have been studied. The prospective and retrospective cohort study groups of 65 children hospitalized in the premature infant ward, IMSP BMI with a positive history of premature birth and with neonatal supported respiratory distress syndrome were created using the classification of preterm infants. The study found that the average gestational age, birth weight and barotrauma caused by artificial pulmonary ventilation (VAP) for premature babies are risk factors in achieving BPD.

Key-words: Bronchopulmonary dysplasia, predictors, children, premature.

Резюме. Предикторы бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей.

Были изучены неонатальные факторы (гестационный возраст, масса тела при рождении, кислородотерапия), которые могут привести к развитию бронхолегочной дисплазии (БЛД). Проспективные и ретроспективные когортные группы исследования из 65 детей, госпитализированных в отделение недоношенных детей, Института Матери и Ребенка, с анамнезом преждевременных родов и с респираторным дистресс-синдромом, были созданы с использованием классификации недоношенных детей. Исследование показало, что средний гестационный возраст, масса тела при рождении и баротравма, вызванные искусственной вентиляцией легких у недоношенных детей, являются факторами риска в развитии БЛД.

Ключевые слова: Бронхолегочная дисплазия, предикторы, дети, недоношенные.

Introducere.

Datorită succeselor în reanimatologia și terapia intensivă neonatală din ultimul deceniu, vădit a crescut supraviețuirea copiilor născuți prematur, în special, cei cu masă extrem de mică. Totodată, calitatea vieții copiilor ce au supraviețuit, nivelul indicelui de dizabilitate, riscurile de cronicizări pulmonare la etapele evolutive nu ne permit a prezenta problematica îngrijirii copiilor născuți prematur ca fiind soluționată. Una din cele mai frecvente complicații care sunt întâlnite în terapia intensivă neonatală este formarea maladiilor cronice pulmonare, în special displazia bronhopulmonară (DBP) [1, 2]. Patologia organelor respiratorii ocupă un loc de frunte în structura morbidității la copii și adolescenți, devenind astfel un pericol, ce necesită noi tactici și conduite în profila-

xie, diagnostic și tratament. Odată cu perfecționarea tehnicilor de îngrijire, metodelor de suport respirator intensiv al nou-născuților prematuri cu masă mică și extrem de mică la naștere, devine un imperativ al timpului de a soluționa multiplele situații ce duc la dezvoltarea patologiei cronice pulmonare la acest contingent de copii [3, 4].

Frecvența DBP, conform datelor literaturii, variază între 16% până la 40% și depinde de vârsta de gestație și masa corporală la naștere [5, 6].

În etiopatogenia DBP un rol important îl are acțiunea nocivă a ventilației artificiale pulmonare (VAP) asupra țesutului pulmonar imatur. Dar, în ultimul timp se atestă o „nouă” formă a DBP, care apare la copiii profund prematuri, luând în considerație efectuarea terapiei cu surfactant și VAP cu parametrii mai puțin

Tabelul 1.

Distribuția copiilor din loturile de studiu

Grupele formate	Lotul cu DBP n=44 copii		Lotul control n=21 copii	
I grup	9 copii	20,5%	4 copii	19%
II grup	13 copii	29,5%	6 copii	28,6%
III grup	18 copii	40,9%	7 copii	33,3%
IV grup	4 copii	9,1%	4 copii	19%

agresivi, datorate sindromului de detresă respiratorie (SDR) a nou-născutului [1].

Conform datelor studiilor efectuate retrospectiv s-a conchis, că doar prezența factorilor de risc ai DBP nu totdeauna corelează cu probabilitatea crescută a apariției DBP. De aceea prognosticul la pacienți concreți este limitată. Există și opinia, că DBP poate fi factor cauzal al dezvoltării afecțiunilor idiopatice pulmonare cronice, în special poate conduce la formarea patologiilor pulmonare cronice obstructive la maturi [2, 5, 6]. Din această cauză, din primele zile de viață, când este cel mai oportun a efectua măsurile profilactice, este indicat de a forma grupe de copii cu risc major de formare a DBP.

Scopul lucrării: evaluarea factorilor de risc în dezvoltarea DBP la copiii prematuri.

Materiale și metode:

Pornind de la definiția copilului nou-născut prematur, ce ține cont de două criterii majore, vârsta de gestație și greutatea la naștere, este considerat copilul născut la termen mai mic de 37 săptămâni de gestație și greutatea la naștere mai mică de 2500 grame. Copiii prematuri pot fi categorisiți în neînsemnat prematuri (37–35 săptămâni), moderat prematuri (34–32 săptămâni) și sever prematuri (sub 32 săptămâni). În studiul nostru grupul copiilor severi prematuri a fost divizat în 3 grupe (grupul I – 23-25 s.g.; grupul II – 26-28 s.g.; grupul III – 29-32 s.g.), luând în considerație scopul studiului de a evalua riscul dezvoltării DBP, iar copiii prematuri neînsemnat și moderat uni-ficați (grupul IV – 33 - 36 s.g.) pentru a avea rezultate

statistice relevante, cât și pentru a lua în considerație scopul studiului de a evalua riscul dezvoltării DBP.

Prezentăm un studiu de cohortă prospectiv și retrospectiv a 65 de copii internați în secția copii prematuri, IMSP IMC cu istoric pozitiv de naștere prematură și cu sindromul detresei respiratorii suportat neonatal. Au fost create două loturi: de bază – 44 copii (67,7%: 95% CI 54,9-78,8), care au realizat DBP și 21 copii (32,3%: 95% CI 21,2-45,1) născuți prematur, care n-au realizat DBP. Ambele loturi au fost divizate suplimentar conform grupelor analizate mai sus.

Diagnosticul maladiei a fost efectuat pe baza analizei datelor anamnestice, clinice, de laborator și instrumentale, având la bază criteriile internaționale.

Informația a fost analizată statistic utilizând programele Microsoft Excel, Epi Info – 3,5.

Rezultate și discuții.

Distribuirea copiilor din loturile de studiu în grupe diferențiate după vârsta de gestație (tab.1) a fost etichetată pentru cei din lotul de bază: I grup – 9 copii (20,5%: 95% CI 9,8-35,5), II – 13 copii (29,5%: 95% CI 16,8-45,2), III – 18 copii (40,9%: 95% CI 26,3-56,8), IV – 4 copii (9,1%: 95% CI 2,5-21,7). În lotul control această distribuție a fost prezentată prin următoarele cifre: I grup – 4 copii (19%: 95% CI 5,4-41,9), II – 6 copii (28,6%: 95% CI 11,3-52,2), III – 7 copii (33,3%: 95% CI 14,6-57), IV – 4 copii (19%: 95% CI 5,4-41,9), respectiv cu valori statistice nesemnificative ($\chi^2 = 1,38$, $p > 0,05$).

Studierea vârstei de gestație la nașterea copiilor, conform grupurilor create, a pus în evidență următo-

Tabel 2.

Vârsta medie de gestație la copiii cu displazie bronhopulmonară

Grupele formate	Lotul cu DBP n=44 copii		Lotul control n=21 copii	
I grup	9 copii	24,2±0,29 săpt.	4 copii	24,5±0,33 săpt.
II grup	13 copii	27,3±0,18 săpt.	6 copii	26,5±0,37 săpt.
III grup	18 copii	30,2±0,21 săpt.	7 copii	31,0±0,33 săpt
IV grup	4 copii	34,8±0,86 săpt.	4 copii	33,8±0,28 săpt
		F=173,5, p<0,0001		F=145,04, p<0,0001

